FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1906 — N° 89

THÈSE

POUR

LE DOCTORAT EN MEDECINE

Présentée et soutenue le mercredi 19 décembre 1906, à 1 heure

Par **DUFOUR-LAMARTINIE**
De la Faculté de médecine de Paris

DES

INJECTIONS INTRA-UTÉRINES

PRATIQUE DE LA CLINIQUE BAUDELOCQUE

(1902-1906)

INDICATIONS — NOMBRE — RÉSULTATS

Président : M. PINARD, *professeur.*

Juges : MM. TERRIER, *professeur.*
WALLICH et GOSSET, *agrégés.*

Le candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.

PARIS
IMPRIMERIE DES FACULTÉS
A. MICHALON
26, rue Monsieur-le-Prince, 26

1906

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Doyen	M. DEBOVE.
Professeurs	MM.
Anatomie	P. POIRIER
Physiologie	Ch. RICHET
Physique médicale	GARIEL.
Chimie organique et chimie minérale	GAUTIER.
Histoire naturelle médicale	BLANCHARD.
Pathologie et thérapeutique générales	BOUCHARD.
Pathologie médicale	HUTINEL. BRISSAUD.
Pathologie chirurgicale	LANNELONGUE
Anatomie pathologique	CORNIL.
Histologie	Mathias DUVAL
Opérations et appareils	SEGOND
Pharmacologie et matière médicale	POUCHET.
Thérapeutique	GILBERT
Hygiène	CHANTEMESSE.
Médecine légale	THOINOT.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	DEJERINE.
Pathologie expérimentale et comparée	ROGER.
Clinique médicale	HAYEM. DIEULAFOY. DEBOVE. LANDOUZY.
Maladies des enfants	GRANCHER.
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale	JOFFROY.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	GAUCHER.
Clinique des maladies du système nerveux	RAYMOND.
Clinique chirurgicale	LE DENTU. TERRIER. BERGER. RECLUS.
Clinique opthalmologique	De LAPERSONNE
Clinique des maladies des voies urinaires	ALBARRAN.
Clinique d'accouchements	BUDIN. PINARD.
Clinique gynécologique	POZZI.
Clinique chirurgicale infantile	KIRMISSON.
Clinique thérapeutique	A. ROBIN.

Agrégés en exercice.

MM.

AUVRAY	DUPRE	LEGUEU	RICHAUD
BALTHAZARD	DUVAL	LEPAGE	RIEFFEL (chef des trav. anat.)
BRANCA	FAURE	MACAIGNE	TEISSIER
BEZANÇON	GOSSET	MAILLARD	THIROLOIX
BRINDEAU	GOUGET	MARION	VAQUEZ
BROCA (André)	GUIART	MAUCLAIRE	WALLICH
CARNOT	JEANSELME	MERY	
CLAUDE	LABBE	MORESTIN	
CUNEO	LANGLOIS	POTOCKI	
DEMELIN	LAUNOIS	PROUST	
DESGREZ	LEGRY	RENON	

Le Secrétaire de la Faculté : M. DESTOUCHES.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A LA MÉMOIRE DE MON PÈRE

A MA FEMME

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

LE PROFESSEUR PINARD

PROFESSEUR DE CLINIQUE OBSTÉTRICALE ET GYNÉCOLOGIQUE

MEMBRE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

A MES MAITRES

DE LA

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

INTRODUCTION

Dans ce travail nous nous proposons d'examiner les indications des injections intra-utérines, dans la prophylaxie et dans le traitement de l'Infection puerpérale, et de voir quels sont les résultats que le praticien est en droit d'en attendre.

Nous avons recueilli les matériaux de notre travail, à la Clinique Baudelocque, dans le service de notre Maître, M. le professeur Pinard. Notre étude n'est donc point œuvre d'érudition.

Certes, il eût été intéressant, et instructif pour nous, de faire l'examen critique des diverses méthodes employées tant en France qu'à l'Étranger, par les Maîtres de l'Obtétricie, dans la lutte contre ce mal, qui grâce à l'observation plus stricte des règles de l'antisepsie et de l'asepsie, ne sera bientôt plus qu'un souvenir historique. Nous avons voulu mettre à profit le conseil souvent répété du professeur PINARD à ses élèves, à savoir : **» que le livre le plus fructueux à feuilleter est le livre de la Nature toujours riche en enseignements. »**

C'est pourquoi nous avons dépouillé scrupuleusement les observations des 8.011 femmes qui sont venues expulser leur produit de conception à la Clinique Baudelocque, du mois de janvier 1902 au mois de janvier 1906. C'est le résultat de ce travail que nous allons exposer dans les pages qui vont suivre.

Notre étude comprendra trois chapitres.

I. — Dans un premier chapitre nous indiquerons la technique et les indications des injections intra-utérines employées comme moyen préventif de l'infection puerpérale.

II. — Dans un second chapitre après avoir brièvement rappelé les symptômes de début de l'infection puerpérale atténuée, nous poserons les indications des injections intra-utérines dans le traitement de l'infection puerpérale.

Nous rangerons les malades en deux groupes :

1° Le premier comprenant les femmes ayant reçu après la délivrance une injection intra-utérine à titre prophylactique.

2° Le second comprenant les femmes n'ayant reçu aucun lavage intra-utérin.

Dans chacun de ces groupes nous distinguerons deux catégories ; celle des infections atténuées, qu'un seul lavage utérin a pu juguler, et celle des infections plus profondes ayant nécessité des lavages répétés, suivis ou non de curettage instrumental.

Chapitre I

TECHNIQUE DES INJECTIONS INTRA-UTÉRINES.

Le lavage de l'utérus **post-partum** est une manœuvre facile à exécuter pour des mains quelque peu expérimentées. Cependant, elle serait difficile, voire même dangereuse à pratiquer, pour qui connaîtrait mal les particularités de l'utérus après l'accouchement.

Après la délivrance, l'utérus, on le sait, se rétracte, revient sur lui-même formant cette tumeur dure, sentie à travers la paroi abdominale par le palper, le « **globe rassurant des accoucheurs.** »

Mais cette rétraction ne porte pas sur la totalité de l'organe gestateur, mais seulement sur ses deux tiers supérieurs.

Le segment inférieur, de par sa constitution anatomique, faiblement musculeuse, ne subit pas cette rétraction rapide ; il reste flasque et mou.

Par le toucher vaginal on sent le col entr'ouvert ; ses bords sont déchirés, amincis et flottants. D'autre part l'axe de l'utérus et l'axe du vagin forment un angle

C'est pourquoi nous avons dépouillé scrupuleusement les observations des 8.011 femmes qui sont venues expulser leur produit de conception à la Clinique Baudelocque, du mois de janvier 1902 au mois de janvier 1906. C'est le résultat de ce travail que nous allons exposer dans les pages qui vont suivre.

Notre étude comprendra trois chapitres.

I. — Dans un premier chapitre nous indiquerons la technique et les indications des injections intra-utérines employées comme moyen préventif de l'infection puerpérale.

II. — Dans un second chapitre après avoir brièvement rappelé les symptômes de début de l'infection puerpérale atténuée, nous poserons les indications des injections intra-utérines dans le traitement de l'infection puerpérale.

Nous rangerons les malades en deux groupes :

1° Le premier comprenant les femmes ayant reçu après la délivrance une injection intra-utérine à titre prophylactique.

2° Le second comprenant les femmes n'ayant reçu aucun lavage intra-utérin.

Dans chacun de ces groupes nous distinguerons deux catégories ; celle des infections atténuées, qu'un seul lavage utérin a pu juguler, et celle des infections plus profondes ayant nécessité des lavages répétés, suivis ou non de curettage instrumental.

Chapitre I

TECHNIQUE DES INJECTIONS INTRA-UTÉRINES.

Le lavage de l'utérus **post-partum** est une manœuvre facile à exécuter pour des mains quelque peu expérimentées. Cependant, elle serait difficile, voire même dangereuse à pratiquer, pour qui connaîtrait mal les particularités de l'utérus après l'accouchement.

Après la délivrance, l'utérus, on le sait, se rétracte, revient sur lui-même formant cette tumeur dure, sentie à travers la paroi abdominale par le palper, le « **globe rassurant des accoucheurs.** »

Mais cette rétraction ne porte pas sur la totalité de l'organe gestateur, mais seulement sur ses deux tiers supérieurs.

Le segment inférieur, de par sa constitution anatomique, faiblement musculeuse, ne subit pas cette rétraction rapide ; il reste flasque et mou.

Par le toucher vaginal on sent le col entr'ouvert ; ses bords sont déchirés, amincis et flottants. D'autre part l'axe de l'utérus et l'axe du vagin forment un angle

ouvert en avant, et l'axe de l'utérus prolongé irait sortir au niveau de l'articulation sacro-coccygienne. Aussi la canule introduite dans l'axe du vagin ne pénétrerait que dans le segment inférieur de l'utérus et dans ces conditions on donnerait une injection *vagino-segmentaire*, et non une injection intra-utérine. Un tel lavage n'aurait donc aucune influence sur les germes pathogènes qui auraient pu être portés au niveau du fond de l'utérus, pendant une manœuvre interne au cours de l'accouchement, version podalique, par exemple.

Pour triompher facilement, et sans danger pour la femme, de ces deux difficultés d'ordre anatomique deux indications sont à remplir :

1° Introduire un ou deux doigts de la main droite dans le vagin, et remonter suffisamment haut pour reconnaître au milieu de ses bords flottants l'orifice interne du col.

2° Supprimer l'angle formé par l'axe de l'utérus et l'axe du vagin.

Il est inutile de mettre la femme en position obstétricale. La femme étant couchée dans son lit, on glisse un bassin sous son siège : la plante du pied opposé au côté où se tient l'accoucheur (pied gauche), appuie sur le rebord de ce récipient. La jambe droite est légèrement fléchie et placée en rotation externe.

La vulve étant soigneusement lavée, et le vagin rincé avec une solution antiseptique, (bi-iodure de mercure à 1 p. 4000) l'accoucheur introduit l'index et le médius de la main droite dans le vagin, remonte en écartant les bords flottants du col, jusqu'à son orifice interne

qui lui donne la sensation d'un véritable sphincter. La canule, préalablement, bien amorcée et soigneusement purgée d'air, est introduite, son bec cheminant sur la face palmaire des doigts conducteurs formant gouttière, jusqu'à l'orifice supérieur du col. La canule maintenue exactement en place, les doigts conducteurs devenus inutiles sont sortis des voies génitales. La main droite saisit alors la canule, pendant que la main gauche, devenue libre, va sentir à travers la paroi abdominale le fond de l'utérus.

Dans ce second temps le pavillon de la canule est abaissé en bas vers le plan du lit, pendant que la main gauche appuyant d'avant en arrière sur le fond de l'utérus, redresse son antéflexion. La canule est alors poussée lentement, sans violence, jusqu'au fond de l'utérus. Cette introduction est particulièrement facile. La canule est comme aspirée par l'utérus, comme l'est le béniqué, une fois franchi l'urèthre membraneux. La sonde utérine étant bien en place, on fait couler le liquide. La solution antiseptique de choix à employer dans les lavages intra-utérins, est celle de bi-iodure de mercure à 1 pour 4000. La quantité à employer doit être de 6 ou 8 litres au moins, dans les injections intra-utérines préventives, et de 10, 15 et même 20 litres, dans le cas d'infection déclarée.

Les accidents au cours des injections intra-utérines sont très rares, et relèvent presque toujours d'une faute opératoire.

1° L'*introduction d'air dans les sinus utérins*, qui provoque une mort foudroyante, par embolie gazeuse,

sera évitée si on prend grand soin de purger d'air la sonde avant son introduction, et en arrêtant l'injection avant l'épuisement complet du liquide contenu dans le bock laveur.

2° On évitera de faire une *fausse route* (perforation du cul-de-sac postérieur du vagin) en ayant soin de guider avec le doigt le bec de la sonde jusqu'à l'orifice supérieur du col. On évitera ensuite la blessure ou la perforation du segment inférieur, en abaissant l'extrémité libre de la sonde, vers le plan du lit, en repoussant la fourchette vers l'anus. On sera sûr de ne pas avoir fait une fausse route, et que la sonde est en place, lorsqu'au moment d'une contraction de l'utérus, on sent le bout de la sonde immobilisé ; à ce moment l'écoulement du liquide s'arrête. Au contraire quand l'utérus est en état de résolution, le liquide s'écoule, et à travers la paroi abdominale on peut sentir le bec de la sonde. Dans le cas où une fausse route aurait fait pénétrer la courbe dans la cavité péritonéale par perforation d'un cul-de-sac vaginal, ou du segment inférieur, le liquide ne s'écoulant pas par la vulve, l'utérus étant flasque, et à ce moment le bec de la sonde ne pourrait être senti à travers la paroi abdominale par le palper.

Introduction de liquide dans les sinus veineux. — L'introduction du liquide de l'injection utérine dans les sinus veineux est démontrée par la clinique et par l'expérimentation. Cliniquement elle se révèle par la sensation de goût métallique éprouvée par les femmes peu de temps après le lavage intra-utérin, et par le pas-

sage rapide des substances antiseptiques dans les urines. Quand on emploie une solution phéniquée les urines deviennent rapidement noires. Quand on emploie le sublimé on observe assez souvent des symptômes d'intoxication mercurielle, quelquefois fort grave, ou mortelle.

Aussi le professeur Pinard emploie-t-il, à l'exclusion de tout autre sel mercuriel, le bi-iodure de mercure, qui n'a jusqu'à ce jour provoqué aucun symptôme d'intoxication mercurielle, si léger soit-il, et dont la valeur antiseptique est cliniquement bien démontrée, depuis de longues années d'expérience.

Quant aux preuves expérimentales résultant des démonstrations faites sur le cadavre, par Tissier dans le service de Tarnier (1) ; elles n'ont pas une portée pratique réelle : sur le cadavre, les tissus de l'utérus ont perdu toute tonicité, et sur le vivant le col reste béant, alors que Tissier l'avait ligaturé autour de la sonde. De plus, quand l'utérus se contracte c'est dans ses deux tiers supérieurs : Les orifices de la sonde sont obturés, et l'écoulement du liquide suspendu.

Comme l'a écrit le professeur Pinard (2), il est permis de supposer que la pénétration du liquide dans les sinus veineux a lieu quand l'utérus se relâche, après la contraction, au moment où les sinus redeviennent béants.

1. Compte rendu à la Société obstétricale de France, à la séance du 23 avril 1892.

2. *Traitement de l'infection puerpérale*, par Pinard et Wallich.

« Aussi est-il prudent de surveiller très attentivement la femme qui subit une injection intra-utérine, regarder son visage, l'interroger sur ce qu'elle éprouve, et surtout lorsque l'on sent la sonde fixée, immobilisée par une contraction, suspendre l'injection en faisant abaisser le bock, non seulement pendant tout le temps que dure la contraction, mais aussi dans le moment qui suit la contraction. L'injection est reprise prudemment, en élevant de nouveau le bock, qui ne doit jamais être élevé a plus de 25 centimètres au-dessus du plan où se fait l'injection. Cette manœuvre est très simple à exécuter pendant une injection intra-utérine, et ne demande que de l'attention de la part de l'opérateur... (1).

Phénomènes d'inhibition. — Nous ne citerons que pour mémoire, ce genre d'accidents qui peuvent se produire au cours d'un lavage utérin. Ce sont des accidents absolument exceptionnels, et sans aucun rapport étroit avec l'intervention que nous décrivons ; ils peuvent survenir chez des sujets prédisposés au cours d'un simple toucher vaginal, ou injection vaginale en dehors de la grossesse, et surtout au cours de manœuvres abortives.

En somme les accidents au cours d'une injection intra-utérine, sont extrêmement rares ; sur un nombre de près de 3.000 injections utérines pratiquées à la clinique Baudelocque, du mois de janvier 1902 au mois de janvier de 1906, aucun accident n'a été enregistré.

II. — Indications des injections. — Les injections

1. Pinard et Wallich. *Traitement de l'infection puerpérale.*

intra-utérines se trouvent indiquées dans deux ordres de circonstances :

1°. Comme *moyen préventif* de l'infection puerpérale, lorsqu'on a lieu de penser que des germes pathogènes ont pu être portés ou niveau de la muqueuse utérine, au cours du travail ou de l'accouchement.

2°. *Comme moyen curatif* dans l'infection déclarée.

Comme nous l'avons dit dans l'exposition de notre sujet, l'étude des injections intra-utérines curatives fera l'objet du chapitre II.

I. Injections intra-utérines prophylactiques. — Dans la prophylaxie de l'infection puerpérale, les injection intra-utérines ne doivent pas être systématiquement pratiquées après la délivrance chez toute les accouchées. A la clinique Baudelocque, seules les femmes suspectes d'avoir été infectées au cours du travail ou de la délivrance, en reçoivent. Cette infection a pu se produire, ou être favorisée, dans les conditions suivantes :

1° Chez les femmes dont les membranes se sont spontanément rompues, ou ont été artificiellement rompues, avant le début du travail (rupture prématurée), ou avant la dilatation complète (rupture précoce) ;

2° Lorsque une partie des enveloppes de l'œuf a été retenue dans la cavité utérine ;

3° Dans tous les cas d'expulsion d'un fœtus mort ;

4° Avortement ;

5° Lorsque des manœuvres manuelles ou instrumentales ont été pratiquées dans la cavité utérine au cours du travail ou de l'accouchement ;

6° Lorsque les femmes n'ont pas reçu au cours de l'accouchement les soins antiseptiques habituels, c'est-à-dire : Lavages fréquents de la vulve et du vagin pendant la période de dilatation, protection permanente de la vulve par un tampon d'ouate stérilisée.

Rupture prématurée ou précoce des membranes. — Normalement la rupture des membranes a lieu à dilatation complète.

Dans un certain nombre de cas, la rupture a lieu avant tout début de travail ; malgré les inconvénients résultant du danger d'infection du liquide amniotique, cet accident est une bonne chose ; il se produit en effet chez les femmes dont le placenta est inséré bas, sur le segment inférieur, c'est-à-dire chez des femmes, prédisposées à avoir des hémorragies par décollement du placenta, et à l'avortement. Or, comme l'a démontré le professeur Pinard, — *la femme qui perd de l'eau ne perd pas de sang*, — et la grossesse peut évoluer jusqu'à son terme normal.

Dans un nombre de cas beaucoup plus grand (plus de 25 pour 100 des accouchements) la rupture des membranes a lieu au cours du travail, mais avant la dilatation complète.

Or l'œuf ouvert est un milieu de culture parfait pour les microbes, où toutes les conditions favorables à leur pullulation semblent réunies.

L'infection de l'œuf peut en effet avoir lieu pendant que le fœtus est vivant. Quelquefois même l'infection du liquide amniotique est telle, qu'il se dégage une odeur fétide avec production de gaz septique. Ces cas

de physométrie, heureusement rares, s'observent surtout, quand l'absence de soins antiseptiques vient s'ajouter à la rupture prématurée des membranes.

A la clinique Baudelocque une injection intra-utérine prolongée (10 à 15 litres de solution de bi-iodure d'hydrargyque) est pratiquée, chez toute femme ayant perdu les eaux avant la dilatation complète.

Au cours de ces quatre années, de janvier 1902 à janvier 1906, sur 8.011 femmes entrées à la clinique Baudelocque pour accoucher ou avorter, 1420 femmes avaient les membranes rompues avant la période de dilatation complète depuis un temps variant entre deux heures et quatre-vingt-dix-huit heures. A toutes ces femmes, une injection intra-utérine de 10 litres a été pratiquée aussitôt après la délivrance.

Ces 1420 femmes, aux membranes rompues prématurément, se répartissent ainsi au cours de ces quatre années.

Année 1902. . . .	289	R. P.
Année 1903. . . .	377	R. P.
Année 1904. . . .	315	R. P.
Année 1905. . . .	439	R. P.

Sur ces 1420 femmes 45 eurent des suites de couches fébriles, soit une proportion de 1,9 0/0. Comme nous le verrons au second chapitre, 1,1 0/0 guérirent à la suite d'un seul lavage ; chez 18 femmes seulement soit 0,8 0/0 on dut employer un traitement plus prolongé. Sans anticiper sur le chapitre suivant, où nous exa-

minerons le traitement de ces femmes infectées, malgré le traitement prophylactique mis en œuvre, nous indiquons la répartition de ces cas au cours de ces quatre années.

Année 1902, 8 cas d'infection dont 5 d'infection très légère.

Année 1903, 9 cas d'infection, dont 6 cas d'infection très légère.

Année 1904, 10 cas d'infection, dont 6 cas d'infection très légère.

Année 1905, 18 cas d'infection, dont 10 cas d'infection très légère.

Rétention de membranes. — Les membranes de l'œuf peuvent être retenues en totalité ou en partie dans la cavité utérine. Dans le premier cas, le placenta est expulsé seul, on dit qu'il est « découronné ». Dans le second cas les membranes sont dissociées, déchirées, et les lambeaux affrontés les uns aux autres ne reconstituent pas un sac complet. La rétention des membranes est souvent imputable à leur friabilité, ou occasionnée par des adhérences anormales. Mais la façon de procéder à la délivrance rentre pour une grande part dans la fréquence de déchirures des membranes avec rétention de lambeaux. Nous allons rappeler brièvement la méthode employée à la clinique Baudelocque, dite méthode de délivrance « par expression française » qui met à l'abri de cet accident.

Après l'accouchement, on attend que les contractions utérines aient décollé le placenta, et que le déli-

vre soit tombé dans le segment inférieur, sur le plancher vaginal ; on reconnaît que le placenta est tombé dans la portion vagino-segmentaire, à un mouvement ascensionnel de l'utérus, variant de 2 à 4 centimètres. A ce moment-là on peut hâter sans inconvénient la sortie du délivre, de la façon suivante : On prend le fond de l'utérus à pleine main, (les 4 droits de la main gauche se glissant sur la paroi postérieure de l'organe, en déprimant la paroi abdominale, le pouce placé sur sa face antérieure) et « pendant l'intervalle des contractions » on pousse dans l'axe du détroit supérieur ; le corps de l'utérus faisant l'office de piston, fait descendre le délivre dans le vagin, ou la main n'a plus qu'à le recueillir. Cette extraction doit se faire avec douceur ; les membranes doivent sortir de la vulve lentement en « bavant. » Comme le disait Tarnier.

La rétention d'une partie de l'arrière-faix dans la cavité utérine est souvent cause d'infection, comme nous le verrons au chapitre suivant. Ces débris de membranes privés de vie, sont un milieu de culture parfait, pour les germes pathogènes, qui, malgré les précautions prises, ont pu pénétrer dans la cavité utérine. Si les débris sont petits, morcelés, un lavage utérin abondant, aura des chances de les ramener ; en tout cas, les débris adhérents, seront imbibés par le liquide antiseptique du lavage, et seront rendus impropres au développement de cultures microbiennes.

Pendant les quatre années que nous envisageons, 106 femmes eurent une délivrance incomplète et reçu-

rent immédiatement un lavage utérin à titre prophylactique. Ces cas de rétention de membranes se répartissent ainsi :

Année 1902.	17 cas
Année 1903.	29 »
Année 1904.	35 »
Année 1905.	25 »

Parmi ces 106 femmes ayant eu une délivrance incomplète, 11 femmes, soit environ 10 0/0 eurent des suites de couche fébriles ; chez 4 femmes, soit 4 0/0, l'infection fut très légère, et conjurée par un seul lavage abondant. Mais 7 femmes, soit une proportion de 6,6 0/0 eurent une infection plus profonde.

Comme on le voit par ces chiffres, la rétention de membranes au cours de la délivrance est un facteur très important d'infection *post-partum*.

Ces cas d'infection se répartissent ainsi au cours de ces quatre années.

Année 1902, 3 cas d'infection dont 2 cas d'infection légère.

Année 1903, 2 cas d'infection ayant nécessité plusieurs jours de traitement.

Année 1904, 3 cas d'infection dont 1 cas d'infection légère.

Année 1905, 3 cas d'infection dont 1 cas d'infection légère.

Avortement. — Dans l'avortement en deux temps, la longue durée de la période, qui sépare l'expulsion du fœtus, de l'expulsion de l'arrière-faix (6 heures en

moyenne, et quelquefois plusieurs jours), est une prédisposition indéniable à la pénétration de germes pathogènes dans la cavité utérine. D'autre part dans une proportion de 1 fois sur 5 avortements (Tarnier) il y a rétention totale de l'arrière-faix, ou seulement de lambeaux de membranes. Dans le premier cas il est indiqué de pratiquer le curage digital. Lorsqu'il n'y a qu'une partie des enveloppes de retenue, il faut avoir recours au lavage utérin abondant. Mais alors même qu'il n'y aurait aucune rétention de membranes, le lavage utérin doit être pratiqué systématiquement après chaque avortement.

Pendant les quatre années 1902-1906, 107 femmes sont venues avorter, ou expulser leur délivre *post abortum* à la clinique Baudelocque. Parmi ces femmes, 10 d'entre elles, soit près de 10 0/0 eurent des suites de couches fébriles ; 3 femmes seulement, soit 3 0/0 eurent une infection légère qui s'éteignit après un seul lavage utérin abondant ; mais 7 malades eurent une infection grave, et une d'entre elle mourut. Comme nous le verrons plus loin, le cas d'infections graves, et le cas mortel, s'observèrent chez des femmes ayant fait le premier temps de leur avortement en ville, et qui présentaient déjà une température élevée au moment de leur entrée à la clinique.

Fœtus Mort. — L'expulsion avant terme d'un fœtus mort expose la parturiente aux mêmes dangers que l'avortement : la caduque est presque toujours retenue entièrement. Si la rupture des membranes a eu lieu prématurément, le danger d'infection est encore plus

grand que dans le cas de rupture prématurée d'un œuf vivant. La putréfaction se développe avec une rapidité très grande, s'accompagne de productions de gaz septique, et l'infection qui a pris naissance dans l'œuf se propage à la mère ; quand l'œuf est expulsé, l'infection est déjà profonde, et rapidement meurtrière. Cependant l'antisepsie, soigneusement pratiquée permet souvent de sauver la vie de la femme, et même de rendre ses suites de couche presque apyrétiques. Nous en citerons un exemple dans l'observation n° 1375 (année 1905) que nous publierons au second chapitre.

Pendant ces quatre années, (1902-1906) cent soixante-dix-sept femmes expulsèrent un fœtus mort. A toutes ces femmes fut pratiqué un lavage utérin prolongé de 12 à 15 litres à solution de bi-iodure de mercure à 1 p. 4000. Cinq d'entre elles, soit une proportion de 2,8 0/0, eurent des suites de couche fébriles ; Il y eut deux cas d'infection légère, ayant cédé au premier lavage utérin ; trois cas d'infection plus sérieuse.

Ces expulsions de fœtus morts se répartissent ainsi qu'il suit au cours de ces quatres années.

Année 1902, 47 fœtus morts, 2 cas d'infection secondaire ; 1 cas d'infection légère et 1 cas grave.

Année 1903, 49 fœtus expulsés morts ; 1 cas d'infection secondaire légère.

Année 1904, 48 fœtus expulsés morts ; 1 cas d'infection secondaire grave.

Année 1905, 33 fœtus expulsés morts ; 1 cas d'infection grave (physométrie).

Manœuvres internes. — Nous désignons par manœuvres internes, toutes les manœuvres au cours desquelles la main, ou un instrument quelconque a été introduit dans la cavité utérine (Forceps, basiotribe, ballon, etc.)

Après les cas de rétention de membranes et d'avortement, c'est dans cette catégorie de femmes que nous trouvons le plus d'infections secondaires.

En effet, quelques soient les soins d'asepsie dont on s'entoure, il est pratiquement impossible d'éviter l'introduction de germes dans la cavité utérine, car l'asepsie absolue de la vulve et du vagin est impossible à réaliser. La main ou l'instrument en traversant les premières voies génitales, se chargent de germes qui vont ensemencer la muqueuse utérine. De plus on opère chez des femmes épuisées par un travail prolongé, anémiées par des hémorragies répétées, souvent abondantes.

Du mois de janvier 1902 au mois de janvier 1906, deux cent quatre vingt-dix femmes ont subi des manœuvres internes au cours de leur accouchement. (Les applications de forceps comptent pour 141 dans ce nombre). A chacune de ces femmes, fut pratiqué un lavage utérin de 12 à 15 litres de bi-iodure de mercure à 1 p. 4000. Dix-huit femmes, soit une proportion de 6,2 0/0 eurent des suites de couche fébriles : huit femmes furent atteintes d'infection utérine légère, ayant cédé après le premier lavage utérin curatif ; dix femmes étaient infectées plus gravement.

Ces accouchements accompagnés de manœuvres

internes se répartissent ainsi qu'il suit dans les quatre années considérées :

Année 1902. — Soixante-treize accouchements accompagnés de manœuvres internes, ayant donné une morbidité secondaire de cinq cas d'infection utérine, un cas bénin, et quatre cas ayant nécessité plusieurs lavages utérins, pour guérir.

Année 1903. — Soixante-cinq accouchements précédés, accompagnés, ou suivis de manœuvres internes, ayant donné une morbidité secondaire de trois cas, dont deux cas d'infection grave.

Année 1904, — Quatre-vingt accouchements précédés, accompagnés, ou suivis de manœuvres internes, ayant donné une morbidité de quatre cas, dont deux cas d'infection grave.

Année 1905 — Soixante-douze accouchements précédés, accompagnés ou suivis de manœuvres internes, ayant donné une morbidité de six cas, dont un cas très grave.

Femmes ayant accouché sans soins antiseptiques préalables.

Au cours de ces quatre années, 247 femmes sont venues à la clinique Baudelocque *accoucher* ou *expulser leur délivre* sans avoir reçu au cours du travail les soins antiseptiques habituels.

La plupart de ces femmes présentaient à leur entrée à la salle de travail, une dilatation complète du col. Quelques-unes d'entre elles, ayant trop tarder à venir

à la clinique, n'ont pas eu le temps d'arriver jusque dans la salle de travail, et ont accouché chez le concierge, ou dans le couloir qui mène à la salle de travail. Il en est enfin, qui surprises pendant le trajet de leur domicile à la clinique par les douleurs expulsives, accouchèrent dans le fiacre qui les conduisait.

A toutes ces femmes, on pratique dès leur arrivée à la salle de travail une injection utérine abondante, si l'accouchement n'est pas fait : mais toutes reçoivent après la délivrance une injection intra-utérine prolongée au bi-iodure de mercure.

Parmi ces 247 femmes ayant accouché dans ces conditions, 9 d'entre elles présentèrent des suites de couche fébriles, soit une proportion de 3,6 0/0.

5 femmes furent infectées légèrement et furent guéries par un seul lavage utérin.

4 présentèrent des suites de couches vraiment pathologiques.

La morbidité légère fut donc de 2 0/0.

La morbidité grave de 1,6 0/0.

Chapitre II

Dans ce chapitre nous allons envisager les injections intra-utérines comme moyen curatif de l'infection puerpérale déclarée. Mais comme il y a un intérêt de premier ordre à instituer ce traitement dès le début de l'infection, nous allons rapidement tracer le tableau de l'infection puerpérale « d'aujourd'hui » afin d'être à même de la dépister dès sa première manifestation, et sous sa forme la plus frustre.

Dans l'immense majorité des cas, en effet, l'infection puerpérale observée de nos jours, ne ressemble plus à l'infection puerpérale qui sévissait dans l'ère pré-antiseptique. Ce qu'on rencontre aujourd'hui ce sont des formes atténuées, décrites sous le nom de « fièvre puerpérale antiseptique », par MM. Labadie-Lagrave et Gouget (1). D'après ces auteurs, la pratique actuelle de l'antisepsie, n'agirait pas seulement sur le

1. Labadie-Lagrave et Gouget. *La fièvre puerpérale d'autrefois et la fièvre puerpérale d'aujourd'hui*

nombre, de cas d'infections incomparablement moins nombreux actuellement qu'autrefois, mais encore sur la marche des cas d'infection, qui sont atténués dans leur forme et dans leur virulence.

« Depuis l'antisepsie même lorsque celle-ci est pratiquée d'une façon insuffisante, puisque dans ce cas il y a infection, l'action de l'antiseptique se manifeste en atténuant les formes observées autrefois. Mais cette atténuation ne se fait sentir que dans les premières heures de l'infection et alors deux choses peuvent se produire : ou l'infection est abandonnée à elle-même, et l'on revoit ce que l'on revoyait il y a vingt ans ; ou bien, cette infection est énergiquement traitée, et alors elle avorte, les phénomènes s'amendent, les accidents disparaissent, ou prennent parfois un caractère de chronicité. Toutefois, entre ces deux formes extrêmes, l'une abandonnée à elle-même, et l'autre arrêtée dans son évolution, il faut en placer une troisième celle dans laquelle l'intervention est trop tardive ; l'action locale est moins puissante devant l'empoisonnement général (1). »

Un des premiers symptômes de l'infection utérine, est l'élévation de la température et l'accélération du pouls. La température chez les accouchées, ne doit pas dépasser la normale 37°. Il faut se défier de ces ascensions brusques de la température, au deuxième ou troisième jour des suites de couche, qu'on mettait autrefois sur le compte de la montée laiteuse. Car la montée laiteuse dans le puerpérisme atténué se produit nor-

1. Pinard et Wollich. *Traitement de l'infection puerpérale.*

malement, alors qu'elle n'avait pas lieu, au temps des infections puerpérales graves d'emblée. Mais aujourd'hui, tous les accoucheurs sont d'accord pour affirmer que la « *fièvre de lait* » n'existe pas, pas plus que n'existe chez les enfants « *la fièvre de croissance* ».

Chez des individus normaux les phénomènes physiologiques évoluent sans fièvre : celle-ci est toujours une réaction contre des ennemis poisons ou microbes (1).

La fièvre de croissance des enfants est le plus souvent le premier symptôme d'une tuberculose en voie de germination et la « *fièvre de lait* » des accouchées, du puerpérisme atténué.

L'hyperthermie et l'accélération du pouls sont donc les premiers symptômes de l'infection, et suffisent, à défaut de tout autre phénomène, à poser le diagnostic et le traitement.

Pendant le premier et le second jour des suites de couche, tout se passe généralement bien. Puis le soir du troisième jour le plus souvent, le pouls s'accélère, la température restée jusque-là au-dessous de la normale s'élève brusquement à 38° ou 39°, cette ascension de la température étant accompagnée d'un frisson plus ou moins prolongé. La femme se plaint de céphalalgie et de douleurs lombaires. Du côté des seins, qu'on doit examiner tout d'abord, on ne trouve rien, aucune trace de lymphangite qui puisse expliquer cette ascension thermique. Le ventre est souple, non douloureux au palper. L'utérus est quelquefois resté volumineux,

1. Héricourt. *Les frontières de la maladie.*

de consistance molle, et à la pression on détermine de la douleur siégeant au niveau des cornes, et plus particulièrement d'un seul côté. Mais bien souvent aussi, tout est normal et silencieux de ce côté-là.

Les lochies sont quelquefois félides, et plus souvent encore, ne présentent rien de particulier. L'état général reste satisfaisant, et on pourrait avoir la tendance de combattre le symptôme fièvre, par un cachet de quinine, et d'attendre les événements. Ce serait pourtant une grande faute d'attendre des symptômes plus bruyants. L'infection est à son premier stade : encore localisée à l'endomètre, une thérapeutique active peut la juguler rapidement, définitivement. Si on a attendu des symptômes plus probants d'infection utérine, il est souvent trop tard, quand ces phénomènes apparaissent, ou du moins bien tard ; l'infection s'est généralisée, et livrée à sa libre expansion reproduit les formes sévères d'autrefois, contre lesquelles les lavages utérins ont peu de prise, puisque le mal n'est plus seulement dans l'utérus, mais dans l'organisme tout entier.

Cependant, même dans ces cas, c'est aux injections intra-utérines qu'on doit avoir recours, aux lavages répétés dans la même journée et les jours suivants, et à l'irrigation continue, si cela est jugé nécessaire.

« Les antiseptiques, injectés dans la cavité utérine, n'iront pas poursuivre l'agent nocif jusque dans le sang, quoi qu'en disent certains partisans fougueux de l'antisepsie. Mais cela n'est pas nécessaire pour amener la guérison. Que ce soit le

microbe qui ait pénétré dans le sang, à un état de virulence atténuée ; ou que ce soit seulement les produits solubles élaborés par lui, peu importe ; l'utérus reste toujours la surface de résorption de l'organisme, le foyer de pullulation, la base d'opérations du microbe. C'est là qu'il faut l'attaquer et le détruire. On coupe ainsi le mal dans sa racine, on prévient de nouvelles décharges microbiennes et toxiques dans le courant circulatoire (1). »

Donc, sans attendre ces cas graves, où la thérapeutique a des effets incertains, chaque fois que la température d'une accouchée s'élèvera à 38°, et que rien du côté des seins (lymphangite) ne pourra expliquer cette hyperthermie, il faudra y voir le symptôme d'une infection puerpérale atténuée, *mais non inoffensive, et ne guérissant pas toute seule.* Sans perdre un temps précieux on pratiquera des lavages utérins en suivant la technique décrite au premier chapitre. Ces lavages utérins, presque impuissants contre une infection qui a franchi les limites de l'endomètre, sont au contraire tout-puissants contre l'infection à son début, comme vont le prouver les observations que nous allons maintenant rapporter.

Étude des cas d'infection puerpérale soignés à la Clinique Baudelocque de janvier 1902 à janvier 1906.

Pendant ces quatre années des lavages utérins furent pratiqués à cent quatre-vingts femmes ayant eu des

1. Labadie-Lagrave et Gouget, *in* Pinard et Wallich.

suites de couche fébriles. Nous ne citerons pas une à une, les observations de ces cent quatre-vingts femmes, ayant présenté des symptômes d'infection puerpérale, à des degrés divers.

Les unes ont eu une simple hyperthermie, le deuxième ou troisième jour qui suivit leur accouchement ; un seul lavage hâtivement donné put éteindre cette infection à son début. D'autres femmes, moins résistantes à l'infection, présentèrent des phénomènes plus graves, qui ne purent être enrayés que par ces lavages répétés, accompagnés ou non de curettage. Enfin quelques-unes succombèrent.

Dans ce chapitre, comme nous l'avons annoncé dans une des premières pages de ce travail, nous classerons les femmes ayant présenté des accidents de puerpérisme, en deux groupes : celui des femmes suspectes d'infection, ou déjà infectées au moment de l'accouchement ; et celui des femmes dont le travail et l'accouchement ont été en tout point normaux.

I. — Femmes suspectes ou manifestement infectées au moment de l'accouchement.

Ce groupe est composé des 98 femmes ayant eu des suites de couche fébriles. Ces femmes représentent une morbidité secondaire de 4,15 0/0, parmi les femmes suspectes, d'infection ou infectées, et qui avaient reçu un lavage utérin préventif, immédiatement après la délivrance.

Parmi ces femmes, 53 n'eurent qu'une hyperthermie

fugace, définitivement combattue par un seul lavage utérin hâtif ; 45 furent plus gravement infectées.

1° Femmes peu infectées. — Ces 53 cas d'infection légère se sont manifestés chez des femmes dont :

27 avaient eu une rupture prématurée ou précoce des membranes.

4 de la rétention d'une partie des membranes.

2 avaient expulsé un fœtus mort.

5 avaient accouché sans avoir reçu au cours du travail les soins antiseptiques habituels.

8 avaient subi des interventions intra-utérines.

7 avaient avorté.

Dans le chapitre précédent, en traitant de chaque indication du lavage utérin à titre préventif, nous avons indiqué la répartition de ces cas de morbidité, dans les quatre années. Nous n'y reviendrons pas ici. Nous allons citer quelques observations, pour mieux caractériser ces infections puerpérales de degrés divers, et montrer les résultats de la thérapeutique employée.

Observation n° 1551 (Octobre, année 1905)

Rupture prématurée des membranes, injection intra-utérine. Troisième jour des suites de couche. Température 39°. Injection utérine curative.

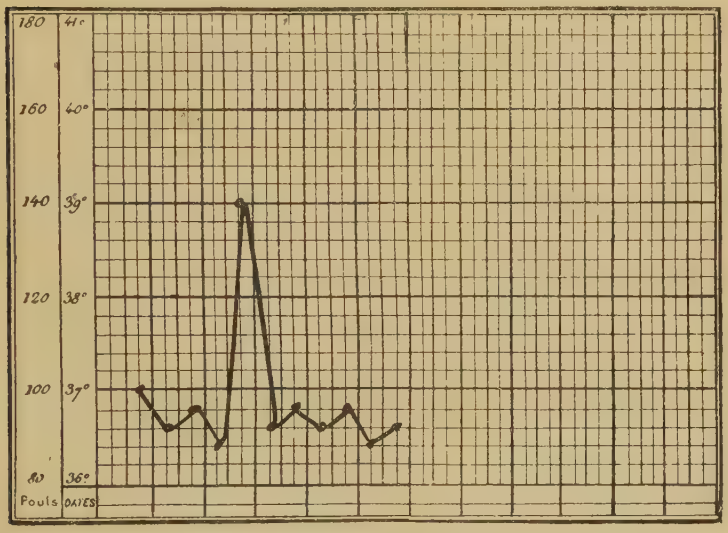
II, pare, 24 ans. Antécédents héréditaires et personnels bons. Cette femme est fruitière, et ne s'est reposée que depuis huit jours. Ses dernières règles remontent au 20 janvier. Elle

est donc à terme ou près du terme. Pendant la grossesse ses urines ne présentaient pas d'albumine. Pas d'albumine au moment de l'accouchement.

Début du travail le 19 octobre à 8 heures du soir.

Elle rentre à la salle de travail le même jour à 11 heures du soir. Dilatation complète le 20 octobre à 1 h. 40 du soir.

La rupture des membranes avait eu lieu spontanément le 19 octobre à 10 heures du soir, 1 heure avant son entrée à la clinique.



Obs. 1551 (*1905*).

Expnlsion du fœtus le 20 octobre à 1 h. 45 du soir.

La période de dilatation avait duré dix sept heures, quarante minutes.

La période d'expulsion cinq minutes.

Délivrance par extraction simple. Membranes paraissant complètes, mais déchirées.

L'œuf étant resté ouvert pendant quinze heures trente, une injection intra-utérine est faite à la femme à titre préventif.

Température après l'accouchement 37°.

Pouls : 90.

Le 22 octobre. — (3me jour des suites de couche) la femme est prise le soir d'un grand frisson ; la température prise à ce moment-là, est de 39°, le pouls bat à 120.

Immédiatement la sage femme de service fait un lavage utérin à la malade (10 litres de bi-iodure de mercure à 1 p. 4000.)

Le 23 octobre. — La température est de 36°4 ; le soir de 36°8, le pouls bat à 75.

Ce bon état de santé se maintient les jours suivants et la femme sort sur sa demande le 3 novembre...

Cette observation, nous le croyons, vaut mieux que tous les commentaires, sur l'opportunité et l'efficacité des lavages intra-utérins, dans l'infection puerpérale, à son début, se manifestant par de l'hyperthermie, et de l'accélération du pouls. Nous pourrions reproduire une quantité d'observations identiques : celles de tous les cas que nous avons rangés dans la catégorie des infections légères.

Cet effet favorable des lavages utérins, ne se manifeste pas seulement dans ces cas, où la germination microbienne est à son début, mais encore dans les cas, où l'infection active est réalisée au moment même du travail et se manifestant déjà par une température élevée, frisson, accélération du pouls. Dans ces conditions défavorables, l'injection utérine pratiquée aussitôt après la délivrance fait tomber la température ; le pouls

redevient normal, la femme se sent bien. Mais l'infection rendue silencieuse et non détruite complètement reste latente pendant deux jours, puis éclate à nouveau. Le soir du troisième jour, température élevée, frisson, céphalée. Mais un second lavage pratiqué aussitôt, se rend maître de l'infection renaissante, et tout rentre dans l'ordre, et pour toujours.

Observation 544 (Avril 1902).

Avortement. Température 39°5 au moment de l'entrée à la clinique. Pouls 130.

II pare, 28 ans. Premier accouchement il y a sept ans, à terme, d'une fille, nourrie pendant quatre mois au sein maternel puis au biberon par une nourrice. Enfant mort à 6 mois de diarrhée.

Grossesse actuelle : dernières règles, du 28 décembre au 1er janvier 1902. Cette femme est lingère et vient de chez elle.

Elle raconte que le 31 mars elle est tombée dans la rue et faillit être écrasée par un omnibus. Dans la nuit du 31 mars au 1er avril elle commença à ressentir quelques douleurs. Elle perdit un peu de liquide rosé, mais ne s'en inquiéta pas et continua ses occupations habituelles. Les douleurs continuèrent jusqu'au 3 avril ; par moment elles étaient très fortes. Aussi se décide-t-elle à venir à la clinique.

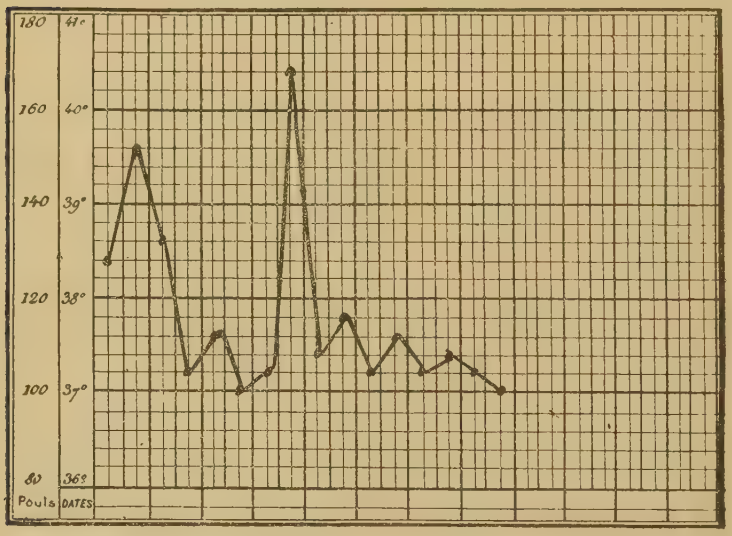
4 *avril, midi* 30. — La température est de 38°5. Le pouls est à 130. Au toucher vaginal on trouve un col largement ouvert. Le doigt arrive au-dessus de l'orifice interne sur une surface irrégulière, friable, qui paraît être le placenta.

Elle est transportée à l'isolement. A 3 h. 30 elle a des contractions et expulse un embryon qui pèse 100 grammes.

A 11 h. 30 du soir, la femme perdant un peu de sang, le toucher vaginal révèle la présence du placenta dans le vagin. Extraction simple. Température : 39°5.

Lavage utérin très prolongé avec 20 litres de solution de bi-iodure.

Le 5 avril.— La température est à 38°2. Nouveau lavage utérin au bi-iodure.



Obs. 544 (*1902*). *Infection avant l'expulsion de l'embryon.*

Le 5 avril. — La température est de 37°2.

Le 6 avril. — Température du matin : 37°6, soir : 37°1.

Le 7 avril. — Température du matin, 37°2, soir : 40°5.

Lavage utérin prolongé au bi-iodure, 0 gr. 25 de sulfate de quinine.

Le 8 avril. — Température du matin : 37°4, température du soir : 37°8.

Les jours suivants la température baisse graduellement, puis se maintient à la normale.

La femme sort sur sa demande le 19 avril en bonne santé. »

Cette observation va nous servir de transition, entre les cas d'infections légères, facilement enrayée, et les infections plus profondes, où les phénomènes ne rétrocèdent pas aussi rapidement. L'infection ayant pénétré au delà de l'endomètre, la lutte devra être plus longue, plus active. Mais le même moyen curatif, les lavages utérins abondants, répétés, ou même continus, seront encore notre arme la plus efficace pour en venir à bout, ainsi que va nous le montrer l'étude et le traitement des infections puerpérales que nous avons rangées dans la seconde catégorie.

Infections puerpérales graves. — Nous appelons infections puerpérales graves les cas d'infection qui ont nécessité plusieurs lavages utérins, suivis ou non de curettage ; quarante-cinq femmes ont présenté des symptômes d'infection de cette nature ; aussitôt après la délivrance elles avaient reçu une injection utérine d'après les indications suivantes, qui faisaient considérer comme « ensemencées » de germes de pathogène :

18 femmes pour rupture prématurée ou précoce des membranes.

7 femmes pour délivrance incomplète, rétention de membranes.

3 femmes avaient expulsé un fœtus mort.

4 femmes avaient accouché sans avoir reçu, au cours du travail, les soins antiseptiques habituels.

10 femmes avaient subi des manœuvres intra-utérines.

3 femmes avaient avorté.

Le nombre des cas d'infection, comparé au nombre de femmes ayant reçu des lavages utérins à titre préventif et sur les mêmes indications, donne la morbidité suivante :

Pour les les femmes ayant eu une rupture prématurée des membranes	0, 8 p. 100
Pour les femmes ayant eu une délivrance incomplète	6, 6 p. 100
Pour les femmes ayant expulsé un fœtus mort.	1. 7 p. 100
Pour les femmes ayant accouché sans soins antiseptiques préalables	1. 6 p. 100
Pour les femmes ayant subi les manœuvres internes	3.4 p. 100
Pour les femmes ayant avorté.	3 p. 100

Nous constatons que ce sont les femmes ayant eu de la rétention de membranes qui fournissent la plus forte proportion de morbidité ; ensuite viennent les femmes ayant avorté, et celles chez lesquelles on a pratiqué des manœuvres internes.

Nous verrons au troisième chapitre, que c'est aussi parmi ces femmes qu'on observe encore des cas de mort par septicémie.

Les quarante-cinq cas d'infection composant cette caté-

gorie des infections secondaires graves, ont tous nécessité plus d'un seul lavage utérin pour guérir. Mais si quelques cas se sont prolongés pendant sept ou huit jours, la plupart ont cédé à deux ou trois lavages.

Nous allons citer trois observations d'infections de virulence et de durée différentes.

Observation nº 771.

II pare, 32 ans. Antécédents héréditaires bons.

A marché à 1 an 1/2 et a toujours bien marché.

A été réglée à 14 ans irrégulièrement. Chloro-Anémie de 16 à 20 ans.

Premier accouchement il y a deux ans, chez elle à terme Application de forceps pour impotence fonctionnelle de l'utérus. Suites de couche pathologiques. Curettage six mois après l'accouchement :

Grossesse actuelle. Les dernières règles remontent au 4 août.

Elle rentre à la clinique le 12 mai, étant à terme.

Pas d'albumine dans les urines au moment de son entrée.

Début du travail le 12 mai à 3 heures du matin. Elle rentre à la salle du Travail le 12 mai à 1 heure de l'après-midi.

Le fœtus est en position. Droite postérieure.

La dilatation est de deux francs.

La dilatation est complète à 2 h. 55 de l'après-midi. A ce moment-là les membranes se rompent spontanément.

Expulsion du fœtus à 3 h. 05. Après une période d'expulsion ayant duré dix minutes.

La délivrance a lieu trentre minutes après l'accouchement par expression française. Les membranes sont dissociées et incomplètes. On pratique à cette femme une injection utérine à titre préventif.

La température après l'accouchement est de 37°2 le Pouls de 85.

Obs 771 (*1902*).

15 *mai soir*. — Température : 37°5. Le lavage utérin au bi-iodure pratiqué aussitôt, ramène de nombreux débris, et des caillots.

16 *mai*. — La température reste au-dessous de 37°.

17 *mai matin*. — La température est remontée à 38°4.

Lavage utérin prolongé. L'eau qui s'écoule est claire.

Les jours suivants la température ne dépasse pas 37°.

Le graphique de la température, montrant les oscillations de la température, variant parallèlement à l'administration des lavages utérins, montre surabondamment, la toute-puissance de ce moyen thérapeutique quand il est employé judicieusement.

Observation 1498. — **Femme entrant à la clinique après avoir accouché en fiacre.**

I pare, 22 ans, employée de magasin. Travaille debout, ne s'est pas reposée. Les dernières règles remontent au 18 janvier : elle est près du terme. La femme souffrait depuis le matin à 5 heures. Elle rentre à la salle de travail à midi ayant accouché dans le fiacre qui la conduisait à la clinique, vers midi moins un quart. Elle est délivrée à midi 10 minutes, par extraction simple. Les membranes sont déchirées, mais paraissent complètes. Cette femme n'ayant pas eu de soins antiseptiques avant l'accouchement, reçoit une injection intra-utérine.

Suites de couches :

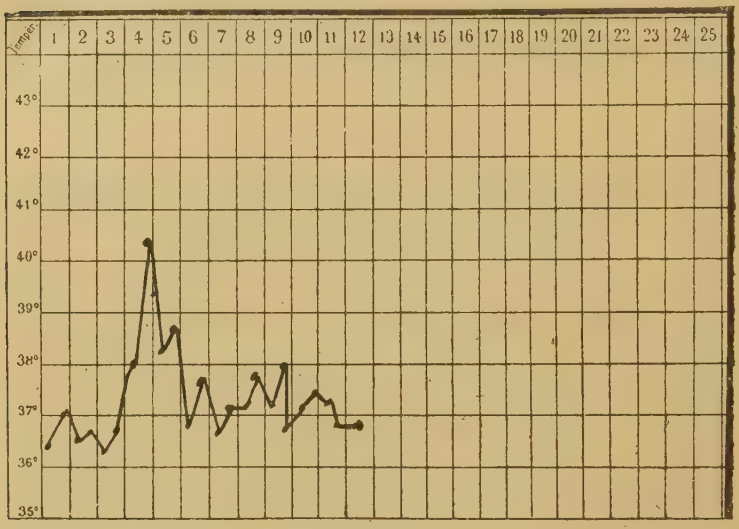
9 *octobre*, matin. — Température : 38°. Utérus gros et mou, largement ouvert. Injection utérine de 10 litres.

9 *octobre*, soir. — La température est de 40°5 ; le pouls est à 112. Injection intra-utérine de 20 litres.

10 *octobre*, matin. — Température : 38°2. Injection intra-utérine de 20 litres. Le liquide qui s'écoule est légèrement teinté de sang.

10 *octobre*, soir. — Température : 38°5. Injection utérine de 12 litres. Le liquide qui s'écoule est clair.

11 *octobre*. — Injections vaginales fréquentes à l'åniodol.



Obs. 1498 (*1902*).

12 *octobre*. — Injections vaginales fréquentes, faites alternativement à l'aniodol et au bi-iodure.

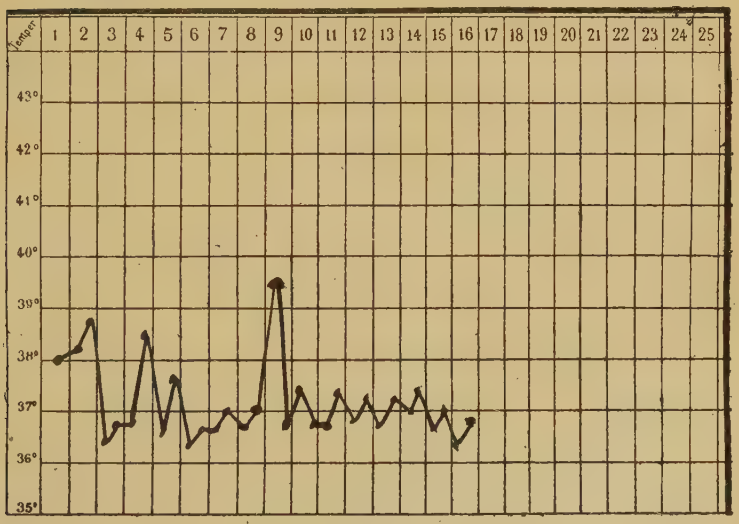
La détente de la fièvre après chaque lavage est moins nette que dans le cas de l'observation n° 771. L'infection était plus profonde, plus difficile à atteindre. Nous allons citer une autre observation où l'infection, plus virulente dès le début, n'a pu être enrayée dans son extension, et où l'on dut recourir au curettage instrumental, pour abraser toute la muqueuse infectée. Dès ce moment l'infection attaquée dans ses foyers sous-muqueux, mis à nus, a bientôt été détruite.

Observation 1375

Femme de 26 ans, I pare, rentre à la salle de travail, le 10 septembre à 11 heures du soir. C'est une femme de petite taille, 1 m. 31, mais ne présentant aucun signe de rachitisme. Ses dernières règles remontent au 5 décembre.

Elle a fait examiner ses urines pendant sa grossesse, et n'avait pas d'albumine. A son entrée à la clinique les membranes sont rompues depuis dix-huit heures.

Nom :



Obs. 1375 (*1905*).

A son arrivée, la sage-femme de garde fait les constatations suivantes : enfant vivant ; présentation de l'extrémité céphalique; dos de fœtus à droite. La température de la femme est de 38°.

11 *septembre*, matin. — La température est de 38°2; liquide amniotique vert et d'odeur fétide.

11 *septembre*, 9 heures du soir. — La dilatation est stationnaire, la tête ne s'engage pas, l'enfant est vivant. On fait à la femme des injections vaginales chaudes toutes les deux heures.

12 *septembre*. — Dilatation égale à une petite paume de main. Liquide vert, très fétide. Bruits du cœur fœtal sourds et irréguliers.

13 *septembre*, matin. — Mêmes constatations que la veille. La partie supérieure de l'utérus devient sonore à la percussion. La physométrie est manifeste.

La dilatation est encore insuffisante pour pratiquer l'extraction du fœtus. Injections continues à l'aniodol.

A 10 h. 30, les bruits du cœur fœtal ont cessé. La dilatation est toujours stationnaire ; la femme a des vomissements bilieux ; une basiotripsie est décidée.

A 11 heures basiotripsie.

14 *septembre*. — Température : 38°2. Lochies fétides ; injections vaginales fréquentes, et injection intra-utérines matin et soir.

15 *septembre*. — Injections vaginales et intra-utérines à l'eau oxygénée.

16 et 17 *septembre*. — Injections vaginales à l'eau oxygénée.

18 *septembre*. — Curettage par M. Mouchotte, chef de clinique adjoint, ramenant des débris fétides. Injection intra-utérine. Mèche iodoformée.

19 *septembre*. — Injection intra-utérine ; jours suivants injections vaginales fréquentes.

II. — Cas d'infection puerpérale observés chez des femmes ayant eu un accouchement normal et une délivrance complète.

Ce second groupe d'infections comprend celles observées chez des femmes arrivées à la clinique au début du travail, le col encore fermé et les membranes intactes. Ces femmes, surveillées au cours du travail, avaient reçu des ablutions vulvaires antiseptiques, et des injections vaginales fréquentes. Le toucher vaginal, pratiqué dans la mesure strictement nécessaire pour surveiller l'évolution du travail, avait toujours été entouré des précautions antiseptiques les plus rigoureuses. Immédiatement après l'accouchement chaque femme avait reçu une injection vaginale abondante ; chez chacune d'elle un rinçage minutieux du vagin avait été pratiqué après la délivrance.

Sur les 8011 femmes qui ont expulsé leur produit de conception à la clinique Baudelocque, de janvier 1902 à janvier 1906, 5644 femmes accouchèrent dans ces conditions favorables à des suites de couches apyrétiques. Cependant 82 d'entre elles, soit une proportion de 1, 4 pour 100, eurent des suites de couche fébriles. Chez 59 femmes, soit environ 1 p. 100, cette hyperthermie fut passagère et céda au premier lavage utérin. Chez 23 femmes soit, une proportion de 0,5 0/0, l'infection fut plus sérieuse, mais rarement grave.

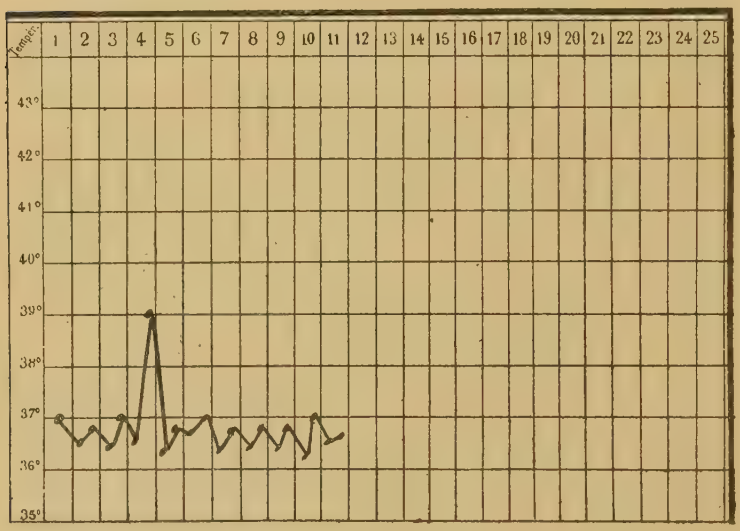
Pour mieux caractériser la physionomie de ce groupe

nous allons rapporter deux observations, avec les courbes de température.

Observation 535 (Avril 1905).

I pare de 23 ans. Réglée à 14 ans régulièrement. Pertes blanches abondantes pendant la grossesse. Pas d'antécédents pathologiques. Cette femme a eu ses dernières règles du 19 au 21 juin (?).

Nom :



Obs. 535.

Cette femme, qui est blanchisseuse, vient de chez elle où elle se repose depuis trois mois. Elle a ressenti les premières douleurs le 8 avril à 10 heures du soir. Pendant la nuit elle se fait conduire à la clinique et entre à la salle de travail le 9 avril à 1 heure du matin. Le col est en voie d'effacement. La hauteur

de l'utérus est de 30 centimètres au-dessus du pubis. Présentation céphalique du fœtus en G. A.

La rupture des membranes a eu lieu à 2 h. 30 ; à ce moment-là la dilatation est complète.

Expulsion du fœtus en O. P. à 4 heures du soir. Délivrance par extraction simple trente minutes après l'accouchement. Les membranes sont complètes.

Le 12 avril (3e jour après l'accouchement). — Le soir la température monte brusquement à 39°. Injection intra-utérine de 12 litres au bi-iodure.

Le lendemain et les jours suivants la température ne dépasse pas la normale.

Observation n° 1934 (Décembre 1905).

II pare de 21 ans. Antécédents héréditaires et personnels bons.

Première grossesse. — Accouche en janvier 1905 spontanément et à terme d'une fille nourrie au sein maternel pendant un mois. Aussitôt après la cessation de l'allaitement redevient enceinte.

Deuxième grossesse. — Dernières règles (?). Elle ressent les premières douleurs le 24 décembre à 5 heures du matin. Elle rentre à la salle de travail une heure après.

A son arrivée la dilatation du col est comme 2 francs. La hauteur de l'utérus est de 34 centimètres. La dilatation est complète à 8 heures du matin. Rupture des membranes à 8 heures du matin.

Le fœtus est expulsé à 6 h. 20 du matin.

Délivrance par extraction simple trente minutes après l'accouchement. Durée de la période d'expulsion, vingt minutes. Durée totale du travail, 3 h. 20 minutes.

Après l'accouchement la température est de 37°. Le pouls 85.

Le 26 décembre. — Le soir le thermomètre accuse 37° 6. Une injection vaginale prolongée est faite à la femme.

Le 27 décembre. — La température monte à 39°6. Au palper le ventre est un peu douloureux, particulièrement dans la région correspondant à la corne droite de l'utérus.

Obs. 1934. *Accouchement normal.*

On pratique immédiatement à la femme une injection intra-utérine de 15 litres au bi-iodure. Le liquide qui s'écoule est rosé.

28 *décembre.* — La température est de 37°2. Injection vagi-

nale à l'aniodol. Les jours suivants la température ne monte pas au-dessus de 37°.

La femme sort sur sa demande le 4 janvier.

Nous ne voulons pas multiplier les exemples de ces infections légères, en tout point indentiques aux infections de la première catégorie du groupe précédent.

Seule, la pathogénie est différente. Dans les infections étudiées précédemment, la pénétration des germes pathogènes pouvait être imputable aux circonstances particulières qui avaient accompagné l'évolution du travail, ou bien la délivrance. Dans les infections de ce groupe la pathogénie est obscure.

Quoi qu'il en soit les lavages utérins ont la même efficacité. Quand l'infection est combattue dès le début, elle est le plus souvent vaincue par le premier lavage. Si l'infection est d'emblée plus profonde, la température tombe progressivement, sous l'influence des lavages intra-utérins repétés comme le montre l'observation suivante :

Observation n° 1427 (Septembre 1902).

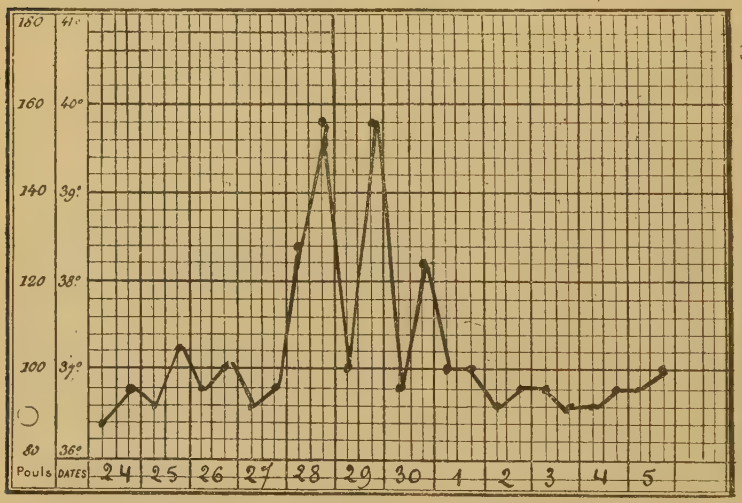
Femme, II pare, 25 ans. Son premier accouchement a eu lieu en 1897 ; elle accoucha spontanément d'une fille, actuellement vivante. En ce qui concerne la grossesse actuelle, cette femme dit que ces dernières règles remontent au 12 octobre.

Elle a commencé à sentir les premières douleurs le 23 septembre à 7 heures du soir. Elle arrive à la clinique à huit heures moins un quart ; la dilatation du col est comme 2 francs.

La dilatation est complète à 10 heures du soir. Les membranes se rompent spontanément à 10 heures. Expulsion du fœtus à 10 h. 20. Délivrance par extraction simple, trente minutes après l'accouchement.

Les membranes sont complètes.

Le 28 septembre. — (5me jour des suites de couche), la température est de 38°5 le matin à 9 heures. Lavage utérin au biiodure de mercure, 10 litres.



Obs. 1427 (*1902*). *Accouchement normal. Suites de couches fébriles. Lavages intra-utérins multiples.*

Le soir la température est de 39°8. On fait à la femme une injection intra-utérine de 20 litres.

Le 29 septembre. — La température du matin est de 37°. Le soir la température est de 39°8. Lavage utérin de 20 litres.

Le 30 septembre. — La température du matin est de 36°8. Le soir le thermomètre monte à 38°2. On pratique à la femme une injection intra-utérine prolongée.

Le 1er octobre et les jours suivants la température ne dépasse pas la normale. La femme sort le 10 octobre sur sa demande.

Chapitre III

Dans le chapitre précédent nous avons vu quelle avait été la morbidité par infection puerpérale atténuée ou grave, au cours de ces quatres années. Dans ce chapitre nous allons examiner les cas qui se sont terminés par la mort. Nous n'aurons en vue que les cas de mort par septicémie aiguë ou subaiguë, laissant de côté les cas où la mort est imputable à une opération, à l'éclampsie, ou à un état morbide antérieur.

Par le détail des observations nous essaierons de dégager la cause de l'insuccès du traitement de l'infection puerpérale que nous avons vu être tout-puissant dans l'immense majorité des cas.

Pendant ces quatre années, huit femmes succombèrent de septicémie.

Année 1902 : 4 cas. Obs. : n° 534 bis. Obs. : n° 849. Obs. : n° 1277. Obs. : n° 1386.

Année 1903 : 1 cas : (Obs. : n° 1709.)

Année 1904 : 1 cas : (Obs. : n° 493.)

Année 1905 : 2 cas : (Obs. : n° 422. (Obs. : n° 1177.)

Observation N° 534 *bis* (**Année 1902**).

Avortement fait en ville. Femme infectée à son entrée dans le Service, 40° : 150 pulsations. Curettage par M. Delestre, *chef de clinique. Morte trente-quatre heures après son entrée dans le service.*

Cette femme rentre à la clinique Baudeloque le 2 avril à 1 heure du soir. Elle arrive en ambulance, envoyée par un médecin de la ville. Elle a fait un avortement le 31 mars. Son état est très grave : facies grippé ; ventre douloureux ; le toucher révèle un col perméable et admet deux doigts. On sent quelques débris de membranes qui pendent dans le col entr'ouvert. Ces débris et le sang qui s'écoule, ont une odeur très fétide. A l'arrivée le pouls est de 150° ; la température est de 40°. On lui fait une piqûre de morphine, et une injection intra-utérine très prolongée. M. Delestre, chef de clinique, dès son arrivée décide de faire un curettage.

Après le curettage, badigeonnage à la teinture d'iode. Injection intra-utérine ; tamponnement à la gaze iodoformée.

3 *avril.* — A 5 heures du matin la malade est prise d'étouffement on lui fait inhaler de l'oxygène. Piqûre d'éther. Pendant la journée l'état de la malade est de plus en plus mauvais. A 7 heures du soir le pouls est incomptable. La femme meurt à 11 heures du soir trente-quatre heures après son entrée dans le service.

Cette femme a été foudroyée en quelques heures par une infection suraiguë, comme en voyait les accou-

cheurs de l'ère pré-antiseptique. Il est vrai que cette femme, n'a pas dû bénéficier, au moment de son avortement en ville des bienfaits de l'antisepsie. Sans incriminer en aucune façon le praticien qui l'assistait alors, il est légitime de penser que si cette femme avait reçu dès les premiers moments du travail, les soins antiseptiques habituels (injection vaginale pendant le travail et injection utérine après l'avortement) elle eût été sauvée de l'infection qui l'a emportée.

Observation N° 849 **(Année 1902).**

Accouchement normal le 25 mai. Mort le quinzième jour de septicémie streptococcique. Diagnostic bactériologique fait pendant la vie par M. Widal.

Accouchement normal spontané par le sommet en G. A. le 25 mai à 4 h. 30.

Délivrance complète. Membranes déchirées.

Le lendemain matin la température est à 39°6, le pouls à 140. Une injection immédiatement pratiquée, ramène quelques débris.

A 10 heures du matin, M. Couvelaire examine la femme, elle se plaint d'un très violent point de côté gauche ; elle se plaint de dyspnée. Interrogée, elle raconte qu'elle serait malade depuis quelques jours : qu'elle est fatiguée, qu'elle tousse, l'auscultation fait entendre à gauche des râles de bronchite, avec sibilance, et au sommet en arrière, quelques râles fins ; à la percussion pas de matité. L'état général est mauvais ; facies jaune terreux, langue tremblotante et très sale.

Pouls à 140. Diarrhée.

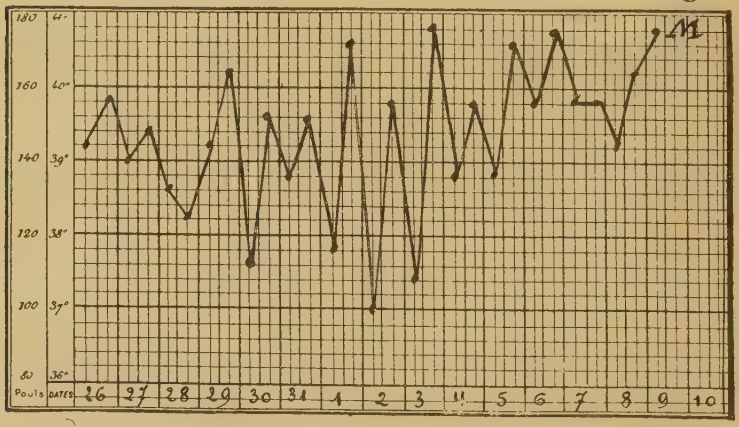
Le soir la température est de 39°8 ; le pouls à 150.

27 *mai.* — La malade est examinée par M. Pinard.

Le ventre est souple, non douloureux. L'état local est bon, mais l'état général est aussi mauvais que la veille. Temp. : 39°. Pouls : 140. Une injection intra-utérine ramène quelques débris.

20 *mai.* — Amélioration de l'état général. La température est descendue à 38°5. La femme a dormi la nuit ; elle ne souffre plus de son point de côté. La langue est toujours très sale.

Un purgatif provoque des selles très fétides. Le soir la température n'est plus que de 38°2, et le pouls à 118.



Obs. 849 (*1902*).

29 *mai.* — La température remonte à 39°2. Le pouls est à 134.

Pendant les jours qui suivent l'état général reste toujours très mauvais. La malade ne se plaint pas, dit même être bien ; la diarrhée persiste toujours ; la malade a trois ou quatre selles

par jour, jaunes et fétides. Le thermomètre accuse de grandes oscillations thermiques ; le pouls reste fréquent. Dans le service on pense à une fièvre typhoïde. Le séro-diagnostic pratiqué par M. Widal est négatif. Par contre, l'examen du sang, démontre la présence de streptocoques.

L'examen local pratiqué par M. Couvelaire, le 6 juin ne révèle rien de particulier. Le col est fermé. L'utérus est petit, mobile, bien en place, le cul-de-sac non douloureux.

7 *juin.* — Délire ; insommie.

8 *juin*, — Même état, aspect typhique.

9 *juin.* — Mort à 3 heures du soir.

Autopsie le 10 *juin par* M. Couvelaire.

Tuberculose pulmonaire ancienne. Endocardite mitrale récente. Foie muscade. Gros rein infectieux. Phlébite des deux utéro-ovariennes, remontant jusqu'aux veines rénales, et propagée à la veine rénale gauche. Utérus banal.

Observation N° 1277 (1902).

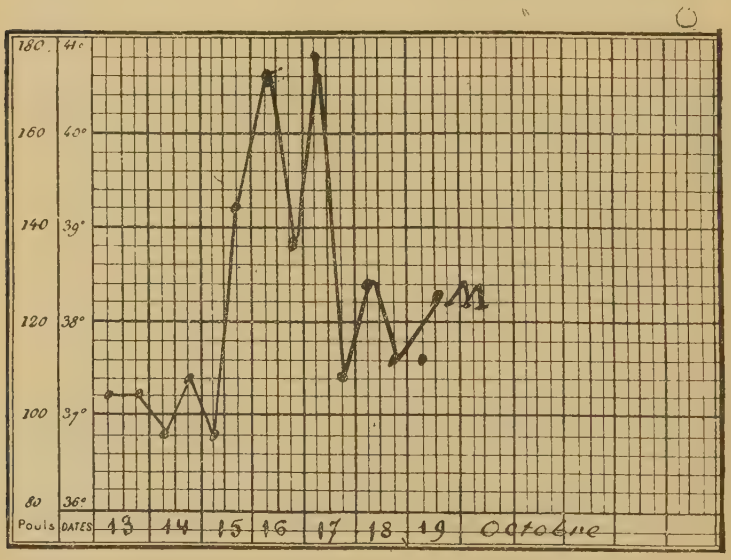
Accouchement normal le 13 *août. Enfant vivant. Le troisième jours après l'accouchement température* 39°2. *Grand frisson. Soumise à l'irrigation continue. Morte le* 19 *août. Autopsie : Péritonite généralisée.*

Cette femme est rentrée dans le service au huitième mois de sa grossesse ; elle venait de chez elle où elle se reposait depuis un mois. Le fœtus était placé transversalement ; version par manœuvre externe ; application d'une ceinture entocyque.

Début du travail le 12 août à 4 heures du soir. Entrée à la salle de travail à minuit, la dilatation étant de 1 franc.

La dilatation est complète à 1 h. 30 du matin ; les membranes se rompent à ce moment-là. Le fœtus est expulsé spontanément à 1 h. 50. Expulsion spontanée du placenta à 1 h. 55. Les membranes sont déchirées.

Le 15 août. — A 6 heures du soir, grand frisson. Température : 39°2, pouls à 115. Injection intra-utérine de 15 litres au bi-iodure, qui ramène de nombreux débris de membranes, et des caillots.



Obs. 1277.

Le 16 août matin. — Température 40°8 ; le pouls est à 138. La malade a eu des frissons, et des sueurs pendant la nuit. Injection intra-utérine de 20 litres, ramenant de très nombreux

débris de membranes. Au moment de la visite, M. Couvelaire décide de soumettre la femme à l'irrigation continue immédiatement. A 11 heures du matin la température est de 41°. Le pouls est à 146.

L'utérus est mou, le col largement ouvert.

Du 16 au 19 août. — Aucun symptôme local ne peut faire penser à une péritonite. Le ventre est resté souple, non ballonné, non douloureux, tant à la pression superficielle, qu'à la pression profonde. Pas de vomissements, constipation peu accusée. Les purgatifs et les lavements agissent rapidement, et provoquent une diarrhée très fétide. L'irrigation continue est continuée du 16 au 19 août avec interruptions de quelques heures. A partir de midi le 19 août, le pouls est incomptable ; une sueur froide recouvre le corps de la malade, qui ne parle plus et ne reconnaît plus l'entourage.

Le malade meurt à 4 heures du soir le 19 août.

L'autopsie révèle une péritonite généralisée, séro-purulente, avec fausses membranes agglutinant les anses intestinales. Pus dans les trompes ; utérus propre.

Observation N° 1389.

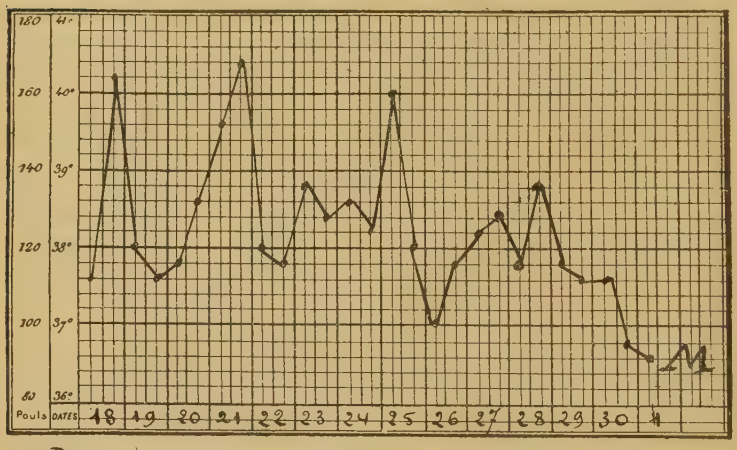
Cette femme arrive à la clinique, le 17 septembre, à 8 h. 50 du soir. La tête du fœtus est à l'orifice vulvaire ; elle accouche spontanément 5 minutes après son arrivée. On pratique à cette femme une injection intra-utérine de 15 litres au bi-iodure de mercure. Le facies est légèrement grippé.

La température est de 36°4 ; mais le pouls est fréquent : 104 pulsations, trente minutes après l'accouchement elle est

prise d'un frisson violent, et d'une douleur très vive, dans le côté droit du ventre. Le palper, rendu très difficile à cause de la douleur qu'il provoque, révèle cependant un utérus bien rétracté.

La température est de 38°4 ; le pouls à 120. La douleur disparaît bientôt, et l'accalmie dure pendant un peu plus d'une heure.

Puis les phénomènes douloureux réapparaissent, pour se calmer ensuite pendant un temps variant de une à deux heures. A 7 heures du matin, on lui met de la glace sur le ventre, et M^lle Roze, lui fait une piqûre de morphine.



Obs. 1389 (*1902*).

Elle est transportée dans une chambre isolée. M. Delestre, chef de clinique, qui l'examine à 10 heures 30, émet les trois hypothèses suivantes :

Torsion d'une trompe.

Torsion d'un kyste ovarien.

Appendicite.

Le toucher vaginal est rendu impossible, tant la douleur est aiguë.

A 9 heures du soir, M. Potocki, prévenu par la sage-femme en chef, l'examine pour la première fois, sous l'influence d'une piqûre de morphine. La température est de 39° 1. Le pouls à 144.

M. Potoki pratique le toucher, et sent à droite et en arrière une petite tuméfaction de la grosseur d'un œuf, et qui est le point douloureux.

La femme se plaint de souffrir à l'entrée du vagin ; elle dit avoir été envoyée à la clinique par une sage-femme qui avait pratiqué sur elle plusieurs touchers.

Pendant la nuit du 18 au 19, la femme se repose un peu, souffrant beaucoup moins.

A 9 heures du matin un grand frisson survient. M. Potocki, fait tout préparer pour une laparotomie.

Au moment de l'intervention l'état de la femme s'est singulièrement aggravé : la face est cyanosée; la femme éprouve des frissons de longue durée.

A 11 heures du matin, une hystérectomie totale, par voie abdominale est pratiquée.

On fait à la femme une injection de 1.000 grammes de sérum, et une piqûre de morphine. La nuit du 19 au 20 est assez calme.

21 *septembre.* — Nuit assez calme le soir grand frisson. Température : 40°.

25 *septembre.* — Grand frisson température : 40°.

28 *septembre*. — Nuit très agitée. Diarrhée très abondante. Température: 38°.

30 *septembre*. — La malade a eu quatre syncopes dans la journée, on lui fait des piqûres d'éther, de caféine, d'huile camphrée.

La malade succombe le 1er octobre à 5 heures du matin d'infection subaiguë.

Observation N° 1709.

Cette femme perd les eaux spontanément chez elle le 12 octobre à 8 heures du matin.

A partir de 11 heures du matin, à 1 heure de l'après-midi, elle dit avoir ressenti des frissons prolongés et accusés.

Elle rentre à la clinique à 3 heures de l'après-midi. A l'examen on constate que l'utérus remonte à 30 centimètres au-dessus du pubis. Le fœtus est en *gauche-antérieure*. L'auscultation est négative. La dilatation est égale à 50 centimes.

Liquide amniotique vert. Le toucher attentif ne révèle aucune procidence du cordon.

Température : 37°. Pouls: 120.

La dilatation est complète, à 6 h. 30 du soir : en deux ou trois contractions la femme expulse un fœtus de 2.700 grammes : Pas de battements cardiaques, ni de battements funiculaires. Délivrance par expression française trente minutes après l'accouchement :

Les membranes sont complètes.

Température : 38°.

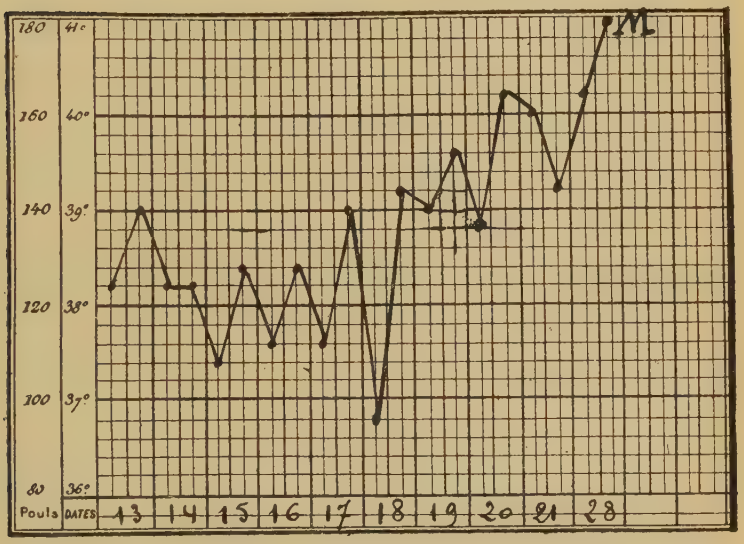
Pouls : 160.

On pratique à la femme une injection intra-utérine très prolongée. La malade est transportée à l'isolement.

14 *octobre.* — Injection intra-utérine.

17 *octobre.* — Éruption furonculeuse.

18 *octobre.* — Badigeonnage des furoncles à la teinture d'iode.



Obs. 1709 (*1903*).

21 *octobre.* — Légères eschares vulvaires ; badigeonnage à la teinture d'iode.

22 *octobre.* — La femme délire depuis la veille. Pouls incomptable. Température : 41°5.

La femme meurt à 7 heures 30 du soir.

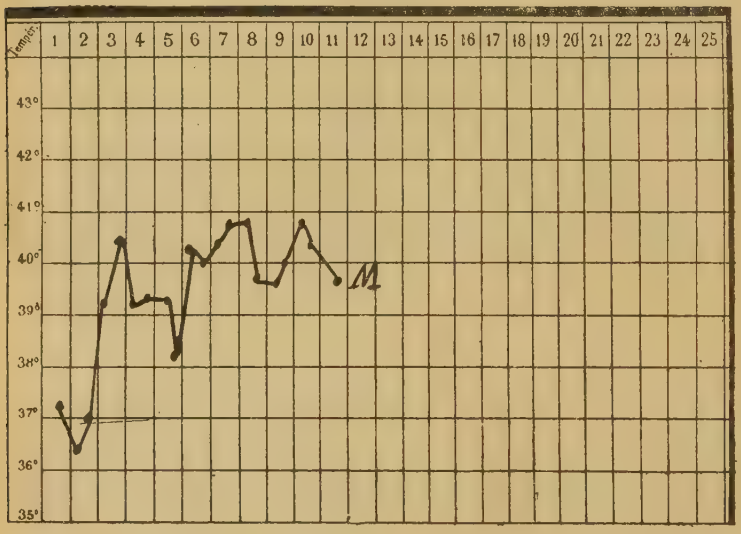
Observation N° 493. (**Année 1904**).

I pare, 18 ans, blanchisseuse. Elle s'est reposée depuis plusieurs semaines. Elle a resssenti les premières douleurs le 29 mars à 9 heures du matin. Elle rentre à la clinique le 30 mars à 1 heure du matin.

La rupture des membranes avait eu lieu à minuit.

La dilatation est complète le 30 mars à 11 heures du matin ; l'expulsion du fœtus a lieu spontanément à 11 h. 30.

La délivrance a lieu trente minutes après l'accouchement, par extraction simple.



Obs. 493 (*1904*).

La femme, malgré les observations qui lui étaient faites à ce sujet, a commencé à pousser à 7 heures du matin, la dilatation

étant alors de 2 francs. On pratique à la femme une injection intra-utérine.

2 *avril.* — Lochies fétides. Injection utérine matin et soir.

4 *avril.* — Curettage instrumental.

5 *avril.* — Injection intra-utérine au bi-iodure et à l'aniodol.

6 *avril.* — Injection intra-utérine.

8 *avril.* — Râles de bronchite.

10 *avril.* — Dyspnée ; les bruits du cœur sont sourds.

On donne à la malade une potion à la digitale, et on lui fait des enveloppements froids, toutes les trois heures.

Le pouls est irrégulier et petit.

11 *avril.* — Compresses alcoolisées chaudes, en permanence sur le ventre. Sérum artificiel. La température est au dessus de 40°.

La malade meurt le 12 avril.

Observation 422 (**Année 1905**).

Infection puerpérale. Curettage. Irrigation continue. Abcès de fixation. Mort le seizième jour.

II pare, étudiante en médecine ayant fait des travaux pratiques de dissection jusqu'au 1er mars.

Le travail a débuté le 20 mars à 4 heures du matin. Elle rentre à la salle du travail le 20 mars à 9 heures du matin, la dilatation du col étant comme 5 francs.

La dilatation est complète le 20 mars à 5 heures du soir.

Les membranes se rompent spontanément à 4 h. 40.

Le fœtus est expulsé spontanément à 5 h. 15. La délivrance se fait spontanément à 5 h. 25. Les membranes sont déchirées.

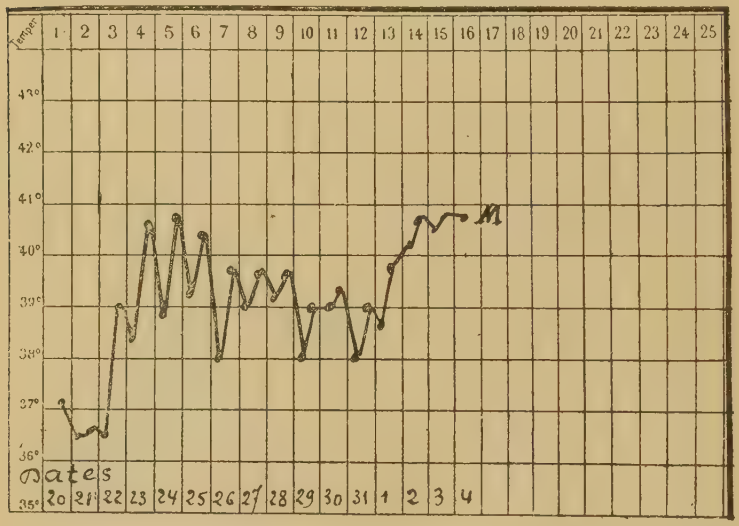
La température est de 37°.

Le pouls est à 85.

Au cours du travail, la parturiente s'obstine à enlever son pansement vulvaire.

23 *mars.* — Température : 39°. Injection intra-utérine ramenant des débris de membranes.

24 *mars.* — Céphalée. Température : 38°6 le matin, et 40° le soir. Injection intra-utérine matin et soir, *ramenant de nombreux débris.*



Obs. 422 (*1905*).

25 *mars.* — Facies pâle. L'utérus est douloureux à la pression surtout à gauche. Injection intra-utérine *ramenant de nombreux débris.*

25 *mars* soir. — A 11 heures du soir la température est de 40°5, et le pouls à 140'. M. Sauvage pratique un curettage ramenant des caillots et des débris.

26 *mars*. — La malade n'a pas dormi. Abattement plus marqué que la veille. A partir de 5 heures du soir, délire. Injection intra-utérine ramenant de nombreux débris.

27 *mars*. — Température 40°. La malade est soumise à l'irrigation continue depuis le 26 mars à 10 heures du soir. A 9 heures du matin, le pouls est irrégulier, et bat à 160°.

L'irrigation continue est arrêtée.

Sur le conseil de M. Pinard, on fait à la femme quatre piqûres de 1 centimètre cube d'essence de térébenthine, sur les deux cuisses et aux deux flancs.

La malade boit 300 grammes de rhum dans la journée en 10 doses.

28 *mars*. — État moins grave que la veille. La malade parle.

29 *mars*. — Même état que la veille.

30 *mars*. — Même état. Lymphangite autour des piqûres de térébenthine.

31 *mars*. — Frisson de peu de durée. Au moment du frisson la température est de 40°.

1er *avril*. — Induration douloureuse autour des piqûres de térébenthine, mais pas de fluctuation.

4 *avril*. — Abattement profond, pouls petit, irrégulière. Ouverture des abcès de fixation. Pus très épais, presque gélatineux.

La malade est dans un état comateux : le pouls est filant, incomptable. Elle meurt à midi.

Observation N° 1177 (**Année 1905**).

X... pare, obèse, de 45 ans, d'aspect et d'allure bizarre. Elle a des crises épileptiques depuis l'âge de 15 ans. Depuis le cinquième

accouchement dont les suites de couches furent pathologiques (péritonite ?) la femme souffre dans le ventre : les règles sont douloureuses. Elle a été traitée pour salpingite.

En ce qui concerne la grossesse actuelle, les règles se montrent pour la dernière fois en juin 1904. Mais la femme a souvent des périodes d'aménorrhée et ne se préoccupe pas de cette absence de règles.

En juin 1905, les jambes enflent, son visage est bouffi ; elle consulte un médecin qui lui prescrit le régime lacté absolu : elle ne s'y soumet pas.

Le 4 juillet. — Elle vient consulter à la clinique Baudelocque ; les particularités observées alors, sont un développement anormal de l'utérus, qui remonte à 38 centimètres au-dessus du pubis, et une vaginite extrêmement intense.

Cette femme ne prend aucuns soins de propreté. On lui prescrit des injections vaginales au permanganate de potasse ; mais elle déclare qu'elle ne s'y soumettra pas.

Les membranes se rompent spontanément le 2 août à 7 heu du soir. Le lendemain la femme va à son travail comme elle en avait l'habitude, mais auparavant elle s'introduit dans le vagin, un tampon de ouate pour arrêter l'écoulement du liquide amniotique, pendant le trajet.

Vers midi, elle ressent les premières douleurs. Elle arrive à la clinique à midi 30. Le fond de l'utérus est à 36 centimètres au-dessus du pubis ; l'auscultation des bruits du cœur fœtal est positive.

Dans le vagin on trouve le tampon d'ouate imbibé de liquide amniotique d'odeur extrêmement fétide. Le col est en voie d'effacement et perméable.

On donne à la femme les soins antiseptiques habituels.

Pendant l'après-midi le travail marche normalement. La femme se plaint de manquer d'air ; le visage est de teinte cireuse.

La dilatation est complète à 10 h. 15. A 10 h. 40 expulsion d'un fœtus de 3.840 grammes, qui meurt après quelques inspirations.

Délivrance par extraction simple, 30 minutes après l'accouchement. Le délivre dégage une odeur repoussante. On fait à cette femme une injection intra-utérine très prolongée.

Pendant la nuit la femme se plaint de douleurs dans le ventre et ne dort pas.

Le 4 août. — La femme vomit le lait qu'elle absorbe. Les traits sont tirés; le teint est cireux. La respiration est courte et accélérée, entrecoupée par des inspirations profondes. La femme gémit, et réclame de l'éther pour calmer ses douleurs. Au palper le ventre est souple, non ballonné; l'utérus est dur, comme quand il y a des tranchées. M. Wallich ayant fait ces constatations rassurantes à la visite du matin, prescrit du chloral, et des applications chaudes sur le ventre.

Pendant l'après-midi les vomissements continuent, et deviennent verdâtres, puis franchement verts dans la soirée.

A ce moment le ventre est légèrement ballonné et sensible à la pression. Il faut déprimer les anses intestinales distendues pour arriver sur le fond de l'utérus.

Pendant les heures suivantes le ventre est ballonné de plus en plus, et les vomissements vert foncé, continuent. M. Sauvage, chef de clinique, pense à une rupture de l'utérus ; mais l'exploration locale, ne révèle aucune lésion.

Le pouls faiblit de plus en plus, et devient incomptable.

M. Gosset chirurgien des hôpitaux, prié par M. Wallich, de

voir la malade arrive à 1 heure du matin. L'état de la malade est tel, que M. Gosset et M. Wallich sont d'avis qu'il faut renoncer à une intervention opératoire.

A 5 heures du matin la femme tombe dans le coma, et meurt à 7 heures du matin, quarante-deux heures après son arrivée à la clinique.

L'autopsie est pratiquée le 6 août. Le cadavre est déjà dans un état de putréfaction très avancé. Dans le péritoine on trouve simplement la valeur de quelques cuillerées de liquide sanieux. Il n'y a pas de rupture de l'utérus. Aucune lésion des autres organes.

Nous avons voulu rapporter en détail les observations de ces huit femmes qui succombèrent de septicémie, au cours de ces quatre années. Les longs détails cliniques que nous avons rapportés sur le compte de chacune d'elles, nous permettrons d'être bref de commentaires.

Au point de vue pathogénique, ces cas d'infection puerpérale mortels, peuvent être classés en quatre groupes :

1° *Infections secondaires à la rupture prématurée des membranes :* **N° 1177, N° 1705, N° 493** ;

2° *Infection, chez une femme privée de soins antiseptiques au cours du travail :* **N° 1389.**

3° *Infections survenues après des accouchements normaux sans cause prédisposante appréciable :* **N° 422, N° 849, N° 1277** ;

4° *Infections chez une femme ayant avorté :* **N° 534** ***bis.***

Les femmes dont nous avons relaté l'histoire pathologique dans les deux observations, N° **534** *bis* et N° **1177**, étaient déjà au moment de leur entrée à la clinique sous l'empire d'une infection générale telle, que nulle thérapeutique (actuellement du moins) ne pouvait les préserver de la mort.

La porte d'entrée de l'infection était bien l'utérus. Mais l'infection s'était rapidement généralisée à tout l'organisme, avec une virulence telle que les moyens curatifs dont nous disposons (lavages intra-utérins, répétés ou continus) sont sans action, puisque le mal, n'est plus à l'utérus.

Les femmes ayant eu des ruptures prématurées des membranes N° **1709** et N° **493** étaient dejà infectées, elles aussi, avant leur arrivée à la clinique. Cependant nous avons vu, au chapitre précédent, des femmes arrivées de la salle de travail les membranes rompues depuis de longues heures; et l'infection qui se produisait quelquefois, était victorieusement combattue par des lavages utérins répétés jusqu'à la chute définitive de la température.

Nous pouvons faire les mêmes remarques en ce qui concerne l'observation N° **1389**.

En ce qui concerne les femmes mortes de septicémie de péritonite après avoir fait un accouchement normal, nous ferons la remarque suivante. Ces trois femmes avaient eu une délivrance incomplète. Les membranes étant déchirés, il était difficile de vérifier si elles étaient complètes; et les événements ont prouvé que des lambeaux d'arrière-faix avaient été retenus dans la cavité

utérine. En effet, les premières injections intra-utérines qni ont été faites à ces femmes, ont toujours ramené des débris de membranes plus ou moins nombreux.

Nous avons vu au second chapitre, la fréquence des suites de couches fébriles chez les femmes ayant eu de la rétention des membranes : 10 0/0 dont 6,6 0/0 de cas d'infections graves. Et toutes ces femmes avaient reçu une injection intra-utérine préventive après la délivrance, qui avait arrêté l'infection chez la majeure partie, et l'avait atténué chez les autres. Il est logique de penser que si ces femmes avaient reçu une injection intra-utérine après la délivrance, l'infection n'aurait pas eu lieu, ou bien eût été atténuée dans sa marche, et dans sa virulence.

Il faut bien admettre aussi qu'il est des organismes particulièrement vulnérables, prédisposés aux infections streptococciques ou autres, et chez lesquels le traitement institué dès l'apparition du premier symptôme morbide, est déjà trop tardif.

Donc, en ne comptant pas dans le pourcentage de mortalité, le cas de cette femme (N° **534** *bis*) qui est arrivée mourante dans le service, la mortalité par septicémie au cours de ces quatre années est de 7 cas, donnant une proportion de 0,08 0/0. et la proportion pour chaque année est la suivante :

Année 1902, mortalité 3 cas soit 0, 13 p. 100.
Année 1903, mortalité 1 cas soit 0, 04 p. 100.
Année 1904, mortalité 1 cas soit 0, 05 p. 100.
Année 1905, mortalité 2 cas soit 0, 1 p. 100.

RESUMÉ

Du mois de janvier 1902, au mois de janvier 1906 8.011 femmes ont expulsé leur produit de conception à la clinique Baudelocque.

I. — Parmi ces parturientes, 2.347, ont reçu une injection intra-utérine immédiatement après la délivrance, à titre préventif et pour les raisons que nous avons indiquées au cours de notre thèse.

Parmi ces femmes suspectes d'infection, ou infectées, 98 d'entre elles présentèrent le soir du deuxième au troisième jour des suites de couche, de l'élévation de la température, accélération du pouls, ou des symptômes plus bruyants d'infection utérine.

Une injection intra-utérine prolongée (15 litres solution de bi-iodure) leur fut immédiatement pratiquée. Chez 54 femmes l'infection fut jugulée par cette unique intervention ; le lendemain la température était redevenue à la normale.

Chez 44 femmes, l'infection plus virulente nécessita

des lavages répétés, accompagnés ou non de curettage instrumental.

Donc 4,2 p. 100 des femmes suspectes d'infection latente, et traitées préventivement eurent des suites de couche fébriles ; chez 2,3 p. 100 de ces femmes l'infection fut jugulée en un jour, chez 1, 83 p. 100 l'infection plus profonde fut sérieuse ou grave.

II. — Sur 5.663 femmes ayant eu un accouchement normal et ayant reçu avant l'accouchement les soins antiseptiques habituels, 82 femmes eurent des suites de couches fébriles : 59 femmes furent atteintes d'infection légère qui s'évanouit après le premier lavage intra utérin. 22 femmes eurent des suites de couche vraiment pathologiques.

La morbidité pour ce groupe de femmes est de 1, 4 pour 100 soit 1 p. 100 d'infections très légères, et 0, 4 p. 100 d'infections plus graves.

La morbidité totale est de 2,23 p. 100.

Infections légères n'ayant duré qu'un jour 1,4 p. 100

Infections sérieuses ou graves 0, 8 p. 100.

III. — Au cours de ces quatre années, 7 femmes sont mortes de septicémie, ce qui donne un pourcentage de 0,08 p. 100.

CONCLUSIONS

Le lavage de la cavité utérine est une intervention facile, et non dangereuse pour des mains quelque peu exercées, pourvu qu'elle soit pratiquée sous le couvert d'une asepsie absolue.

I. — Les injections intra-utérines doivent être pratiquées, après la délivrance, et à titre préventif :

1° Toutes les fois que l'on pourra soupçonner la pénétration, au cours du travail, ou de l'accouchement, de germes infectieux dans la cavité utérine ;

2° Toutes les fois que les membranes ne seront pas *absolument complètes.*

I. — Chaque fois, que, au cours des suites de couches le thermomètre montera au-dessus de 37°5 et que le pouls dépassera 100, et que rien du côté des seins (lymphangite) ou toute autre affection aiguë, ne pourra expliquer cette hyperthermie, on devra immédiatement pratiquer une injection intra-utérine antiseptique. Si l'infection n'est pas supprimée par le premier lavage,

on devra le répéter matin et soir, et les continuer jusqu'à défervescence complète, si la température s'abaisse progressivement.

Si malgré les injections intra-utérines la température reste élevée, on devra s'abstenir de toutes nouvelles injections intra-utérines, et recourir ou non à d'autres moyens thérapeutiques.

Vu : le Président de la thèse
PINARD

Vu : le Doyen,
DEBOVE

Vu et permis d'imprimer :
Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris,
L. LIARD

Imp. des Facultés, A. MICHALON, 26, rue Monsieur-le-Prince, Paris.